

Pojišťovna	IČP žadatele	Datum odběru	Čas odběru
Odbornost	Číslo vzorku	Datum příjmu	Čas příjmu

Jméno a příjmení	Pohlaví	M	Ž	?	Základní diagnóza
Číslo pojištění	Datum narození	Ostatní diagnózy			

- Materiál:**
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> periferní krev | <input type="checkbox"/> lymfocyty |
| <input type="checkbox"/> kostní dřeň | <input type="checkbox"/> tkáň |
| <input type="checkbox"/> suchá krevní kapka | <input type="checkbox"/> DNA |
| <input type="checkbox"/> plodová voda | <input type="checkbox"/> ostatní |

Razítko a podpis žadatele

- Vyšetření:**
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> X-vázaná agamaglobulinémie (BTK) | <input type="checkbox"/> X-SCID (IL2RG) |
| <input type="checkbox"/> X-hyper IgM syndrom (CD40L) | <input type="checkbox"/> AR-SCID/Omenn (geny RAG1,2) |
| <input type="checkbox"/> „statim“ | <input type="checkbox"/> hereditární angioedém (SERPING1) |
| (po domluvě) | <input type="checkbox"/> def. C2 složky komplementu (C2) |
| <input type="checkbox"/> Hyper IgE syndrom (STAT3) | <input type="checkbox"/> deficit GATA 2 |
| <input type="checkbox"/> X-lymfoprolif. syndrom (SH2D1A, BIRC4) | <input type="checkbox"/> cartilage-hair hypoplasia (RMRP) |
| <input type="checkbox"/> Wiskottův-Aldrichův syndrom (WASP) | <input type="checkbox"/> IPEX syndrom (FOXP3) |
| <input type="checkbox"/> CVID, IgAD (TAC1) | <input type="checkbox"/> materno-fetální engraftment |
| <input type="checkbox"/> APDS (PIK3CD, PIK3R1) | <input type="checkbox"/> TREC/KREC |
| <input type="checkbox"/> ALPS5 (CTLA4) | |
| <input type="checkbox"/> genotypizace MBL (MBL2) | |
| <input type="checkbox"/> jiné | |

Záznamy o provedeném vyšetření:

IČP							
Odbornost							

Datum	Kód	Počet

Komentář:

Razítko laboratoře a podpis

Uveďte prosím, zda se jedná o vyšetření probanda nebo rodinného příslušníka.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

A. Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika výše uvedeného genetického laboratorního vyšetření. Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil/a s možnými výsledky a s důsledky toho, že by vyšetření nebylo možno za výše uvedeným účelem provést (nezdařilo by se) nebo by nemělo potřebnou vypovídací schopnost pro naplnění sledovaného účelu. Seznámil/a jsem vyšetřovanou osobu i s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření. Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

B. Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství k výše uvedenému genetickému laboratornímu vyšetření. Vše mi bylo vysvětleno jasně a srozumitelně. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékařem zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

- Přeji/ Nepřeji si být informován/a o výsledku genetického laboratorního vyšetření.
- Přeji si, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:
- Souhlasím/ Nesouhlasím s případným zapsáním mé osoby do registru geneticky vyšetřovaných osob.
- Souhlasím/ Nesouhlasím s uchováním DNA pro účely dalšího vyšetřování v závislosti na pokroku ve výzkumu a v zájmu ostatních členů rodiny. Jsem si vědom/a, že v případě nesouhlasu, již nebude možné výsledek některých vyšetření dodatečně ověřit nebo doplnit a bude nutný nový odběr materiálu.
- Souhlasím/ Nesouhlasím s využitím výsledků genetického laboratorního vyšetření a relevantních informací o mém zdravotním stavu, včetně fotodokumentace, k vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymní formě.
V případě neoznačení daných možností Souhlasím/ Nesouhlasím, bude postupováno jako v případě souhlasu.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření. Jsem si vědom(a), že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

V Dne

Podpis vyšetřované osoby (popř. zákonného zástupce):

Jméno zákonného zástupce (hůlkovým písmem), rodné číslo: